

Vragenlijst Geneeskundige Verklaring RijbewijskeuringNoord

Vul onderstaande vragen thuis in en neem het formulier mee naar uw afspraak bij de keuringsarts.

1. Bent u onder behandeling (geweest) voor epilepsie (toevallen), wegrakingen (bewusteloosheid) of herhaalde flauwtes?
Ja ☐ Nee ☐
2. Hebben zich bij u de laatste 5 jaren evenwichtstoornissen of duizelingen voorgedaan?
Ja ☐ Nee ☐
3. Bent u wegens geestesziekten, zenuwziekten en/of aandoeningen van het zenuwstelsel onder specialistische behandeling (geweest) (o.a. vermoeidheid, wanen, paniekaanvallen, desoriëntatie, angst- of concentratiestoornissen)?
Ja ☐ Nee ☐
4. Bent u afhankelijk van het gebruik van alcohol, drugs of overmatig gebruik van geneesmiddelen, dan wel daarvoor onder behandeling (geweest)?
Ja ☐ Nee ☐
5. Bent u onder behandeling (geweest) voor ziekten zoals nierziekten, suikerziekte, longziekte, verhoogde bloeddruk, hart- en vaatziekten, of hebt u een hartoperatie ondergaan, ritmestoornissen, stolsels of trombosebeen gehad?
Ja ☐ Nee ☐
6. Mist u het normale gebruik van een arm, hand en/of vingers dan wel van bijbehorende gewrichten (goede controle en geen bewegingsbeperkingen en/of spasticiteit)?
Ja ☐ Nee ☐
7. Mist u het normale gebruik van een been en/of voet dan wel van bijbehorende gewrichten (goede controle en geen bewegingsbeperkingen en/of spasticiteit)?
Ja ☐ Nee ☐
8. Mist u het normale gezichtsvermogen van één of beide ogen, zelfs als u gebruik maakt van een bril of contactlenzen, of heeft u beperkt gezichtsveld?
Ja ☐ Nee ☐
9. Ziet u slecht in het donker?
Ja ☐ Nee ☐
10. Bent u voor een oogziekte onder behandeling (geweest) van een oogarts, of hebt u een oogoperatie ondergaan?
Ja ☐ Nee ☐
11. Gebruikt u geneesmiddelen die de rijvaardigheid kunnen beïnvloeden, zoals zenuwmiddelen, slaapmiddelen, opwekmiddelen, insuline, anti-depressieve middelen, middelen tegen epilepsie en dergelijke?
Ja ☐ Nee ☐
12. Hebt u nog andere afwijkingen of ziekten, waardoor het besturen van motorrijtuigen zonder speciale voorzieningen wordt belemmerd of bemoeilijkt?
Ja ☐ Nee ☐
13. Voelt u zich soms bedreigd of raakt u snel geïrriteerd bij agressie?
Ja ☐ Nee ☐

Datum:

Naam:

Handtekening: